Kommunalverband für Jugend und Soziales

Baden – Württemberg (KVJS)

Dezernat: Integrationsamt – Referat 34

Postfach 4109, 76026 Karlsruhe

**Arbeitgeberantrag**

**auf Leistungen der begleitenden Hilfe im Arbeitsleben: Kommunikationshilfen**

|  |
| --- |
| **Kommunikationshilfen für die Dauer des Beschäftigungsverhältnisses** |
| **Anlässe:**  Personal-/Mitarbeitergespräche  Arbeitsinhalte, -ablauf oder -organisation,  betriebliche Besprechungen  Arbeitsplatzbezogene Schulungen  (bitte benennen):  sonstiges (bitte benennen): |
| **Bevorzugte Kommunikationsform:**  Gebärdensprachdolmetschen  Schriftdolmetschen  Lormen, taktiles Gebärden  sonstige Unterstützung:  (bitte benennen): |
| Präsenz  Online |
|  |
| **Telefon-Relay-Dienst für die Dauer des Beschäftigungsverhältnisses** |
| Gesprächsdauer: ca. Minuten/Monat |

|  |
| --- |
| **Fortbildungen** |
| Bitte Thema benennen: |

**1. Allgemeine Angaben zum Betrieb**

Arbeitgeber:

Name und Anschrift:

Ansprechpartner des Arbeitgebers: Herr/Frau

E-Mail:       Telefon:

1. **Angaben zur Person des schwerbehinderten/gleichgestellten Mitarbeiters**

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

E-Mail:       Telefon/Handy:

Grad der Behinderung: GdB

Schwerbehindertenausweis unbefristet:  ja  nein - gültig bis:

Gleichstellung: ab

Wurde die Behinderung durch einen Unfall verursacht?  ja  nein

Falls ja,  Arbeits- oder Wegeunfall

Ggf. zuständige Berufsgenossenschaft

privater Unfall

Unfalldatum:

1. **Angaben zum Beschäftigungsverhältnis**

Beschäftigt seit:

unbefristet  befristet bis

als

Die wöchentliche Arbeitszeit beträgt       Stunden.

1. **Vorrangige Leistungen**

Wurden bereits oder werden von einem Rehabilitationsträger (Agentur für Arbeit, Rentenversicherungsträger, Krankenversicherungsträger, Berufsgenossenschaft) Leistungen zur Teilhabe (einmalige oder laufende Leistungen) für den schwerbehinderten/gleichgestellten Menschen während des Arbeitsverhältnisses bewilligt?  
  
 ja  nein  nicht bekannt

Wenn ja, von welchem Träger und welche Leistungen

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Träger | Art der Zuschüsse (z.B. Eingliederungszuschuss) | Höhe der Zuschüsse | Zeitpunkt bzw. Zeitraum |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**5. Zur behindertengerechten Einrichtung wurden bereits Maßnahmen getroffen:** ja  nein

**Falls ja, folgende Maßnahmen wurden durchgeführt:**(z.B. Umsetzung, Veränderung der Arbeitsorganisation, Kommunikative Unterstützung durch Arbeitskollegen oder Vorgesetzte, Teilnahme an Gebärdensprachkursen durch Arbeitskollegen oder Vorgesetzte, Technische Hilfen/Spracherkennungssoftware, …):

**6. Bankverbindung des offiziellen Geschäftskontos**

Institut:

|  |  |
| --- | --- |
| I IBAN: | DE |

|  |  |
| --- | --- |
| BIC: |  |

Die Datenschutzbestimmunen des KVJS haben wir zur Kenntnis genommen und

sind mit der Verarbeitung unserer Daten einverstanden.

Wir haben unseren Mitarbeiter über die Antragstellung informiert.

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Stempel, Unterschrift

**Bitte fügen Sie bei Erstanträgen folgende Anlagen bei:**

**- Kopie des aktuellen Schwerbehindertenausweises**

**- ggfs. Bescheid über Zuschüsse nach Ziffer 4.**